

• 病例报道 •

手术切除巨大胸腔肿瘤1例

祁娟 郭义 张军 何安光

【中图分类号】R734.2 DOI: 10.3779/j.issn.1009-3419.2010.08.17

Surgically Resected Giant Tumor in the Thoracic Cavity

Juan QI^{1,2}, Yi GUO^{1,3}, Jun ZHANG^{1,2,3}, Anguang HE^{1,4}

¹China Medical University Lung Cancer Center, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China; ²Department of Molecular Targeted Therapeutics, Cancer Institute, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China;

³Department of Thoracic Surgery, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China;

⁴Department of Pathology, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China

Corresponding author: Jun ZHANG, E-mail: JunZhang@mail.cmu.edu.cn

巨大胸腔肿瘤几乎占满一侧胸腔，能被手术彻底切除、治愈者少见；巨大胸膜局限性纤维性肿瘤，属少见（或罕见）胸腔肿瘤；现报告1例胸腔内巨大胸膜局限性纤维性肿瘤：经开胸手术彻底切除肿瘤，患者全身状态迅速恢复正常，随访1年余无复发、身体健康。

1 临床资料

患者男性，39岁。胸闷气短半月余，伴低热，无盗汗、咯血，食欲食量下降，体力下降，体重略减轻，丧失劳动能力。查体：一般状态稍差，不发热，面色黄白，结膜略苍白；胸部基本对称，左侧呼吸动度弱，叩诊浊音，呼吸音基本消失。外院胸片及CT检查示：左胸巨大肿瘤几乎占整个左胸腔，左胸腔积液，抽胸水为淡血性，但查瘤细胞及肿瘤系列均为阴性，诊断为胸腔恶性肿瘤、恶性胸膜间皮瘤。于2008年12月23日转入中国医科大学附属第一医院。胸部增强CT：左侧胸膜可见巨大分叶状软组织密度影，边界清晰，其内密度大致均匀，可见片状更低密度区，CT值范围约20 HU-46 HU，横截面大小约16 cm×7 cm；增强后其内可见强化，CT值约62 HU。病变相邻肋骨未见明确骨质破坏，肋间肌未见增厚。左肺下叶受压不张。提示：左侧胸膜占位病

变，考虑为胸膜间皮瘤可能性大（图1）。肺功能检查结果：混合型肺通气功能障碍，小气道功能重度障碍，通气储量百分比为86.1%。

于2008年12月31日行胸腔肿瘤穿刺活检，病理诊断：胸膜孤立性纤维性肿瘤（低度恶性）。术前诊断为左胸腔巨大肿瘤、胸膜间皮瘤、胸膜孤立性纤维性肿瘤。

于2009年1月14日在全麻下行左胸巨大“胸膜间皮瘤”切除，左肺上叶部分、左肺下叶部分切除术。术中见肿物与侧胸壁粘连，上达胸膜顶，下方占满肋膈窝，几乎占满整个左胸腔，大小约22 cm×15 cm×7 cm，表面光滑，包膜完整，布满细密毛细血管网；肿物将左肺压向前下方、纵隔面，与左肺上叶尖段S1及左肺下叶背段S6相连，判定其起源于肺脏胸膜，壁胸膜无转移结节。行左肺上叶部分及左肺下叶部分切除术，完整切除肿瘤。瘤体硬韧，实质性，均质，黄白色肉样，中心局部坏死，称重2 kg。

病理检查：切除肿物大小约20 cm×17 cm×6 cm，表面大结节状，包膜完整，表面光滑局部可见少许粘连肺组织，切面色灰白，质韧，局部有囊性改变；光镜所见：瘤组织表面可见完整包膜；瘤细胞长梭形，编织状或漩涡状排列紧密；核卵圆形或梭形，局部可见瘤细胞密集区；间质内见较多胶原成分；免疫组化结果：CD34（+）、CD99（+）、Calretinin（-）、Vimentin（+）、Bcl-2（+）。病理诊断：（胸腔）孤立性纤维性肿瘤（图2）。

术后第8天患者治愈出院。术后第1个月、第3个月、第6个月、第12个月定期复诊并行胸CT检查，无肿

作者单位：110001 沈阳，中国医科大学附属第一医院，中国医科大学附属肺癌中心（祁娟，郭义，张军，何安光）；110001 沈阳，中国医科大学附属第一医院肿瘤研究所分子靶向治疗研究室（祁娟，张军）；110001 沈阳，中国医科大学附属第一医院胸外科（郭义，张军）；110001 沈阳，中国医科大学附属第一医院病理科（何安光）（通讯作者：张军，E-mail: JunZhang@mail.cmu.edu.cn）

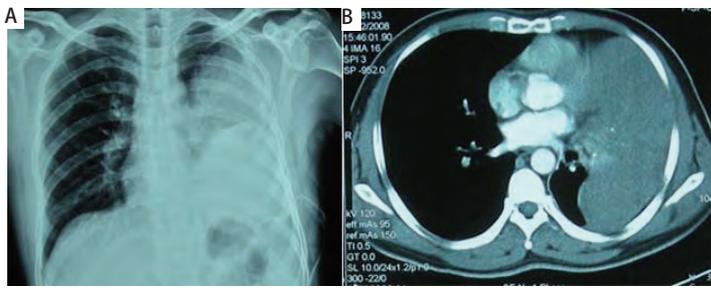


图1 术前X线及CT检查。A：术前胸部X线片；B：术前CT断层扫描均提示巨大胸腔肿瘤，几乎占满整个左胸腔。

Fig 1 Pre-operative chest X-ray and CT. A: Pre-operative chest X-ray; B: Computed-tomography showed the giant tumor occupied almost the whole left thoracic cavity.

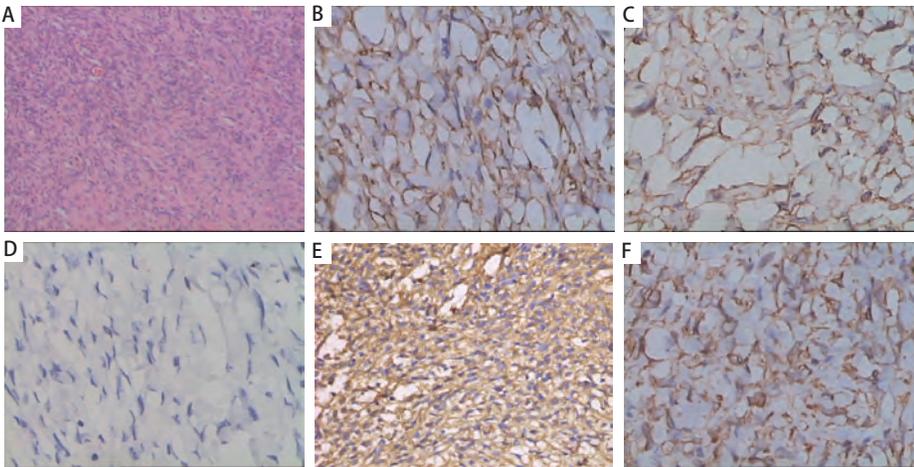


图2 术后病理诊断HE染色(×100)及免疫组化染色结果(×400)；A：HE染色；B：CD34阳性表达；C：CD99阳性表达；D：Calretinin阴性表达；E：Vimentin阳性表达；F：Bcl-2阳性表达。

Fig 2 Pathological diagnosis with HE staining (×100) and Immunohistochemical staining (×400). A: HE staining; B: Positive expression of CD34; C: Positive expression of CD99; D: Negative expression of Calretinin; E: Positive expression of Vimentin; F: Positive expression of Bcl-2.

瘤复发、转移等征象。未进行辅助治疗等。患者面色红润，体重增加，精神状态、身体状态俱佳，完全恢复正常生活状态，并胜任体力劳动。

2 讨论

胸膜肿瘤比较少见，多为间皮瘤，一般分为局限性间皮瘤和恶性弥漫性间皮瘤。其中恶性弥漫性间皮瘤较多，多认为其起源于多潜能的间皮细胞，是真性的间皮瘤，与接触石棉有关。而局限性间皮瘤的组织来源既往争议较大，命名也较为混乱，如良性间皮瘤、孤立性纤维性肿瘤、胸膜下纤维瘤等十余种名称^[1]，现多认为该肿瘤来自间皮下间叶细胞伴有纤维分化倾向，胸膜局限性纤维性肿瘤 (localized fibrous tumor of the pleura, LFTP) 的命名逐渐得到公认^[2-4]。

胸膜局限性纤维性肿瘤，多见于中、老年人，女性略多于男性。早期患者一般无症状，多在常规体检或进行胸腔手术时发现^[4]。随着肿瘤的不断生长，可压迫气管、心肺及交感神经而出现气短、呼吸困难、胸痛、咳嗽等症状、低血糖症状以及肺性骨关节病和杵状指；肺性骨关节病和低血糖症状可在肿瘤切除后迅速缓解，但可随肿瘤的复发而再现^[3]。本例患者出现胸闷气短症

状，主要由于瘤体巨大几乎占据左胸腔，瘤体及胸腔积液压迫心脏及左肺，左肺受压膨胀不全、不张所致。

胸膜局限性纤维性肿瘤多数为良性，少数为低度恶性，多起源于脏层胸膜，也可源于壁层胸膜^[2,3]。本例起源于脏层胸膜。胸膜局限性纤维性肿瘤多为孤立局限的肿块，边界清楚，大小不一，平均直径6 cm，大者可达30 cm，多呈分叶状，粘附于脏层胸膜，亦可见于壁层胸膜、叶间裂，可有蒂或无蒂，可单发也可多发^[4,5]。良恶性肿瘤在大体上无明显差别，只是恶性者瘤体一般较大，直径多超过10 cm。镜下良性肿瘤主要由纤维母细胞构成，有些区域胶原和网状纤维丰富，细胞呈长梭形，核大卵圆形，核分裂像少见，可见血管成分。恶性者可见多种细胞成分，瘤细胞核呈多形性，且核分裂像多见。与良性胸膜局限性纤维性肿瘤相比，恶性者具有局部侵犯潜能，可累及肺、心包和胸壁，容易复发和转移，预后不良^[1,2,6]。因来源不同，恶性胸膜局限性纤维性肿瘤应与恶性弥漫性间皮瘤应加以区分。

胸膜局限性纤维性肿瘤的X线及CT表现缺乏特异性，易与胸腔包裹性积液、结核性胸膜炎、肺部肿瘤及胸膜转移瘤相混淆；胸腔肿瘤穿刺及开胸探查取得病理活检可确诊。建议术前行胸腔肿瘤穿刺活检，明确病理诊断，对决定手术与否具有重要指导意义。

胸膜局限性纤维性肿瘤的治疗原则是彻底地手术切除,包括瘤体及受累邻近组织。本例为起源于肺组织脏胸膜,楔形切除起源部分肺组织(部分左肺上叶、部分左肺下叶),即将肿瘤一并切除移出胸腔。若瘤体起源于壁胸膜、局部胸壁受累,则需大块胸壁切除以达根治^[6,7]。

本例瘤体巨大几乎占满整个左侧胸腔,术前依据影像学资料推测瘤体可能与胸壁严重粘连甚至已侵及胸壁,术前充分估计术中、术后风险,注意术中确切止血、防止胸壁渗血等;防止巨大胸腔瘤体切除后肺复张性肺水肿、纵隔压迫解除后纵隔摆动等引起的严重的心肺并发症。经气管插双腔管麻醉后,轻柔翻身摆右侧卧位,防止突然、暴力翻身导致因瘤体过大、过重突然压迫心脏及对侧肺而诱发心跳骤停或乏氧;因瘤体巨大,术野暴露很重要,本例经左后外侧切口V肋间入胸,断V、VI后肋,瘤体占据整个术野且与胸壁粘连;术中注意动作轻柔、避免挤压瘤体;切除瘤体及部分肺上叶、下叶肺组织后,胀肺前充分吸痰;术中、术后严格控制入液量及输液速度,防止复张性肺水肿等发生。本例手术顺利,术后迅速恢复,第8天即活动如常、治愈出院。术后定期复诊,无肿瘤复发、转移等征象。未进行辅助治疗等。现术后1年多(术后15个月),患者完全恢复正常生活、工作状态。远期疗效有待于长期随访,以决定

是否调整治疗策略。

参 考 文 献

- 1 England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ, *et al.* Localized benign and malignant fibrous tumors of pleura: a clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol*, 1989, 13(8): 640-658.
- 2 Magdeleinat P, Alifano M, Petino A, *et al.* Solitary fibrous tumors of the pleura: clinical characteristics, surgical treatment and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2002, 21(6): 1087-1093.
- 3 Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura: eight new cases and review of 360 cases in the literature. *Cancer*, 1981, 47(11): 2678-2689.
- 4 Rosado-de-Christenson ML, Abbott GF, McAdams HP, *et al.* Localized fibrous tumors of the pleura. *Radiographics*, 2003, 23(3): 759-783.
- 5 Cardinale L, Allasia M, Ardisson F, *et al.* CT features of solitary fibrous tumour of the pleura: experience in 26 patients. *Radiol Med*, 2006, 111(5): 640-650.
- 6 Khan JH, Rahman SB, Clary-Macy C, *et al.* Solitary fibrous tumor of the pleura. *Ann Thorac Surg*, 1998, 65(5): 1461-1464.
- 7 Cardillo G, Carbone L, Carleo F, *et al.* Solitary fibrous tumors of the pleura: an analysis of 110 patients treated in a single institution. *Ann Thorac Surg*, 2009, 88(5): 1632-1637.

(收稿: 2010-05-06 修回: 2010-05-23)

(本文编辑 丁燕)

· 书 讯 ·

解基严、周清华主译《心胸外科学精要》已出版

该书由国际最权威的心胸外科专家所著。英文原版书一经问世,即受到广大心胸外科医师的喜爱,拥有众多读者。

作者在编写上独具匠心,使得本书秉承了经典教科书的传统和临床手术学的风格,取二者之精华。全书分为3篇,共101章,全面而系统地论述了胸部外科、成人心脏病的外科治疗和先天性心脏病的外科治疗等内容。

此次引进的是该书的最新版本。在第一版的基础上,作者又添加了近几年心胸外科领域的最新理论、临床决策及手术方式。包括各种内窥镜手术、微创手术、肺移植、心肺移植、机器人手术、小儿心脏移植、小儿瓣膜手术以及临床数据库建立等。此外,每章结尾都配有编者评述,对该章所涉及的各种学术观点、最新进展及临床实际问题做出精辟的分析及点评,并附有权威性参考文献,以拓展读者的知识面。

本书对于承担临床繁忙工作的一线心胸外科医师而言,不失为一本图文并茂、条理清晰、实用性强的案头书,对初涉心胸外科领域的青年医师,也是一部极好的专业参考书。它可以帮助读者在较短时间内理解心胸外科相关的基础理论、各种学术观点、实用技术及发展趋势。

本书由北京大学人民医院心脏中心副主任解基严教授和天津医科大学总医院周清华教授担任主译,由国内多家医院的心胸外科界同仁共同翻译。相信这部著作的引进出版,会使我国广大心胸外科医师从中获益,并推动我国心胸外科技术向更先进的水平发展。